서식18호

금융정보 등 제공사실 통보 요구서

동의자	세대주	성 명		생년월일	
		주 소		연락처	
	배우자	성 명		생년월일	
		주 소		연락처	
	아동	성 명		생년월일	
		주소		연락처	
	아동	성 명		생년월일	
		주소		연락처	

본인은 금융정보 등 제공사실 통보요구서에 대하여 담당공무원으로부터 안내 및 상담을 받았으며, 위 동의자에 대한 금융정보 제공사실 통보를 신청합니다.

년 월 일

아동의 보호자(본인) : (서명 또는 인)

배우자 : (서명 또는 인)

아동 : (서명 또는 인)

아동 : (서명 또는 인)

기 재 요 령	○ 연락처는 집전화와 사무실 또는 개인전화(핸드폰) 또는 연락이 가능한 보호자의 연락처를 함께 기입하셔야 합니다.(비상시 연락을 받고자 하는 전화번호를 상단에 기입)
유 의 사 항	○ 금융·신용·보험정보의 제공통보는 금융·신용정보집중기관의 장이 개인별로 위에 기재된 주소로 **우편송부**하게 됩니다. ○ 따라서, 우편물에 대한 취급 부주의와 **본인 외의 가족 등의 열람 등으로 인해 발생하는 금융정보등의 유출**에 대하여 보건복지부장관, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 금융기관·신용정보집중기관의 장은 **일체 책임지지 아니합니다.**